UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
Anné 1973 - N°

LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE DANS LE CONSTANTINOIS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 1973

par

DJOUAHER Hocine

né le 29 Ocobre 1942 àEl-Khemis

Membres du Jury

Mr. A. EL-OKBI	Professeur de Thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	Président
Mr P. ROCHE	Maître de conférences agrégé de chirurgie générale.....	Juges
Melle J. BELKHODJA	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique.....	
Melle M. MOATTI	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique.....	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année [illegible] - N°

LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE DANS LE CONSTANTINOIS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le

par

[illegible] Nacira

née le 20 Octobre 1942 à [illegible]

Membres du Jury

M. A. EL-OKBI	Professeur de Thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale	Président
M. P. ROCHE	Maître de conférences agrégé de chirurgie générale	Juges
M[lle] [illegible] BELKHODJA	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique	
M[me] M. [illegible]	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique	

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
Anné 1973 - N°

LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

DANS LE CONSTANTINOIS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le

par

DJOUAHER Hocine

né le 29 Ocobre 1942 àEl-Khemis

Membres du Jury

Mr. A. EL-OKBI	Professeur de Thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	Président
Mr P. ROCHE	Maître de conférences agrégé de chirurgie générale.....	Juges
Melle J. BELKHODJA	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique.....	
Melle M. MOATTI	Maître de conférences agrégée de gynécologie obstétrique.....	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

--==oO SERMENT D'-HIPPOCRATE Oo==--

EN présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

JE donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

RESPECTUEUX et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

QUE les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.-

J E D E D I E C E T T E T H E S E

/I/-L

-MON PERE

/I/-L

-MA MERE

/E/N modeste témoignage de ma trés grande affection pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

(C)U'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

/I-1

-MES FRERES

/I-1

-MES SOEURS

.-/E N gage de ma profonde affection

.- //-) la mémoire de mon cousin

-"DJOUAHER Mohand"-

II-2

-MON ONCLE -"AZOUAOU Ahcène"-

Qu'il trouve ici le témoignage de mon entière affection et de ma reconnaissance.-

-MON BEAU-FRERE

-"BERZANE Ramdane"-

EN témoignage de notre profonde affection

.- //-) tous les miens

A- NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ALI . EL- OKBY

Professeur de Thérapeutique Chirurgicale et de Chirurgie Expérimentale.

VOUS vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre travail.

LE riche enseignement que nous avons reçu dans votre service Hospitalier, votre sens humain de la médecine resteront pour nous des souvenirs marquants.

EN témoignage de reconnaissance pour le bienveillant accueil que vous nous avez toujours reservé.

Qu'il nous soit permis de vous remercier et vous prions de croire à notre indeffectible attachement et notre profonde reconnaissance.-

NOS JUGES :

MONSIEUR ROCHE P.

Maître de Conférences agrégé de Chirurgie-Générale.

NOUS n'avons pas eu l'honneur de travailler dans votre service, mais vous nous avez toujours réservé un accueil cordial quand nous avons eu besoin de votre avis, alliantàvos remarquables qualités d'homme de sciences, un sens profond de l'humain.

NOUS sommes trés honorés de votre présence dans notre jury et vous assurons de notre profonde admiration et reconnaissance.-

-/7-)

-/7/)ADEMOISELLE M. MOATTI.

Maître de conférences, agrégée de Gynécologie-Obstétrique.

(/OUS nous avez inspiré le sujet de cette thèse, et c'est auprés de vous que nous avons trouvé la compréhension dans la réalisation de ce travail.

(/OTRE constante sollicitude à notre égard et vos marques de bienveillance vous assurent auprés de nous, notre grand respect et notre profond et sincère dévouement.-

(7-)

-Mademoiselle S. BELKHODJA

Maître de Conférences Agrégée de

Gynécologie-Obstetrique

(V)OUS vous remercions trés vivement de l'extrême bienveillance que vous nous témoignez en acceptant de siéger parmi nos juges, et de l'accueil chaleureux que nous avons toujours trouvé auprés de vous.

(E)N témoignage de notre vive reconnaissance et de notre sincère attachement.-

/II/-)

-Nos maîtres de la Faculté et des Hopitaux.

/I/-)UPRES desquels nous avons toujours trouvé un acceuil bienveillant.

A notre ami le Docteur, - Rachid LEZZAR -

EN temoignage de l'aide précieuse qu'il nous a accordée.

- Le soutien et les encouragements qu'il nous a sans cesse prodigués tout au long de ce travail.

- La fraternelle affection à notre égard.

LUI assurent auprés de nous nos chaleureux remerciements, et le prions de croire à notre profonde reconnaissance, et notre fidèle attachement.-

/I-)

-Mon ami le Docteur ZIDOUK Bencherki

(EN souvenir de notre promotion et en temoignage de ma profonde estime.

A

-MON AMI

-HAMRI M. Belkacem

QU'il trouve ici toute mon estime et toute ma reconnaissance.-

[illegible] ees Amis

.- /// Les camarades de Promotion.-

PLAN D'ETUDE

I.- INTRODUCTION.
II.- MATERIEL D'ETUDE.
III.- INDICATIONS.

A) Indications maternelles:

-Dystocies osseuses
-Disproportions foeto-pelviennes
-Uterus cicatriciels
-Dystocies dynamiques
-Maladies gravidiques

B) Indications foetales :

-Présentations dystociques
-Incompatibilité rhésus

C) Indications ovulaires :

-procidence du cordon
-placenta preavia

IV.- ETUDE ANALYTIQUE.
V.- OBSERVATIONS.
VI.- ETUDE SYNTHETIQUE.
VII.- PRONOSTIC.
VIII.- CONCLUSION.

INTRODUCTION

L'importance de l'étude de l'opération césarienne abdominale tient à sa fréquence sans cesse croissante, dûe au dépistage de plus en plus sensible et précis de la souffrance foetale débutante.

EN effet, jusqu'à la fin du XIXº siècle, cette intervention qui réalise l'extraction du foetus par voie abdominale aprés incision de l'utérus, ne répondait qu'à des indications trés limitées et occasionnait souvent une forte mortalité par péritonite et hémorragies per-opératoires.

AUJOURD'HUI nos jours, grâce aux progrés de l'anesthésie réanimation et à l'apparition des antibiotiques, l'innocuité de l'opération césarienne s'est affirmée. Aux indications maternelles classiques sont venues alors s'ajouter des indications foetales de plus en plus larges qui tendent à soustraire l'enfant "souffrant" ou fragile au traumatisme supplémentaire qu'occasionnerait son passage à travers la filière pelvienne.

A la clinique obstétricale et gynécologique de Constantine, l'opération césarienne se place au 1er rang des interventions obstétrico-chirurgicales qui y sont pratiquées. Nous avons relevé 159 interventions gynécologiques contre 160 césariennes, pratiquées durant la même période.-

MATERIEL D'ETUDE

MES travaux ont porté sur l'étude des dossiers de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier et Universitaire de Constantine.

NOUS avons pu réunir 136 dossiers utilisables de femmes césariennes dans le service sur 160 du 1er Janvier au 30 Novembre 1972. Il s'agit d'un recrutement de femmes "tout venant" Le nombre d'accouchements durant cette même période est de 6698, soit un taux de 2,38 %

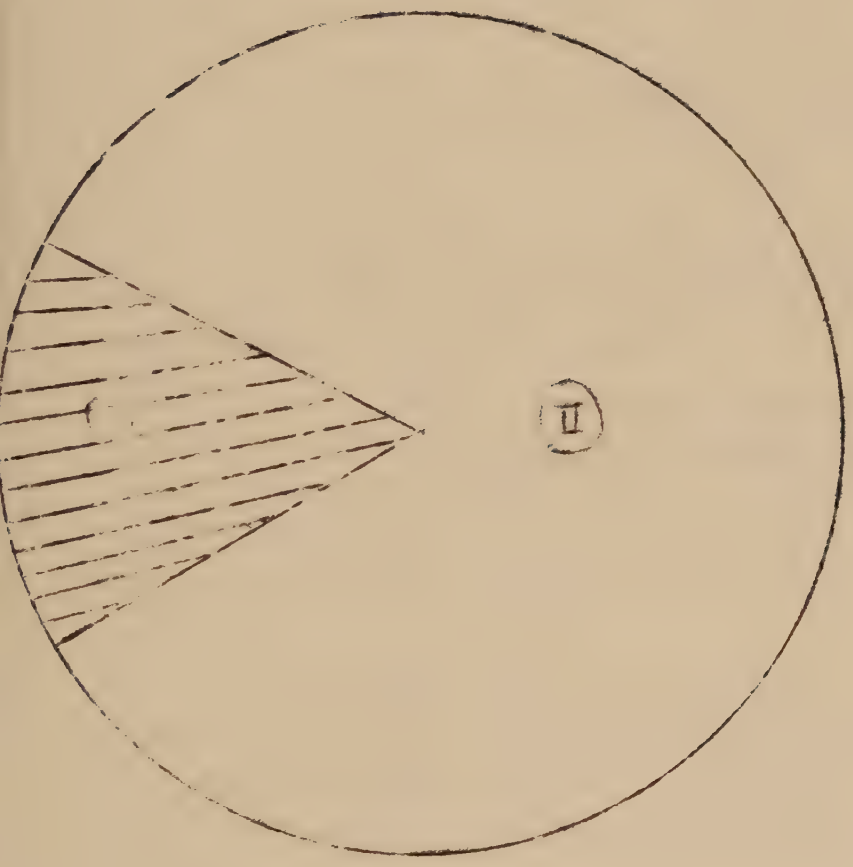
LA grande majorité provient de la ville de Constantine ou des environs les plus immédiats ; il s'agit rarement de femmes évacuées des localités avoisinantes, fait paradoxal, en sachant que celles-ci sont dépourvues de moyens chirurgicaux. Ce fait paradoxal nous a quelque peu surpris, connaissant le grand rayonnement rural du département de Constantine. et l'existence de petites maternités rurales dépourvues de moyens chirurgicaux.-

A) EPARTITION DU POINT DE VUE GEOGRAPHIQUE

-(Graphique A)-

I).- localités éloignées
19 cas soit 14 %

II).- Constantine
117 cas soit 86 %



GRAPHIQUE A.-

NOUS avons étudié cette fréquence de l'intervention césarienne selon 2 critères :

- Selon l'AGE
- Selon la PARITE

a) AGE (graphique B)

L'âge de nos gestantes s'échelonne entre 17 et 50 ans. Nous avons constaté une nette prédominance de l'opération césarienne à 30 ans (36 cas sur 136, soit un pourcentage de 26,4%). C'est là un pourcentage légèrement plus faible que celui noté par le Docteur DE OLIVERA SOUSA HORTA dans son travail portant sur l'indication de l'opération césarienne au C.H.U. d'Alger (thèse Juin 1971) ; elle retrouve en effet 30% de femmes âgées de 30 ans.

NOUS avons été surpris par contre dans notre statistique de cette fréquence aux âges extrêmes de la période d'activité génitale puisque l'on note 41 femmes césarisées âgées de 20 à 25 ans, 31 femmes âgées de 40 à 45 ans dont l'une d'elles avait 50 ans.

Fr quance l'intervention césarienne étudi e selon l'âge des patientes.-

G R A P H I Q U E

e :-

b) PARITE

-(graphique C)-

- Les primigestes constituent le lot le plus important de nos gestantes, avec un total de 34 sur les 136 cas, soit un pourcentage de 25 %.

Le nombre de pauciparas (0 - 3 grossesses) est de 72 sur 136

- En second lieu viennent les multipares (4 à 6 grossesses) avec un total de 30, soit 22 %

- Nous notero s toutefois l'existence de grandes-multipares parmi nos patientes nésarisées (7 à 15 grossesses), elles sont au nombre de 3 soit 24,3 %.-

REPARTITION DE LA CESARIENNE SELON LA PARITE :

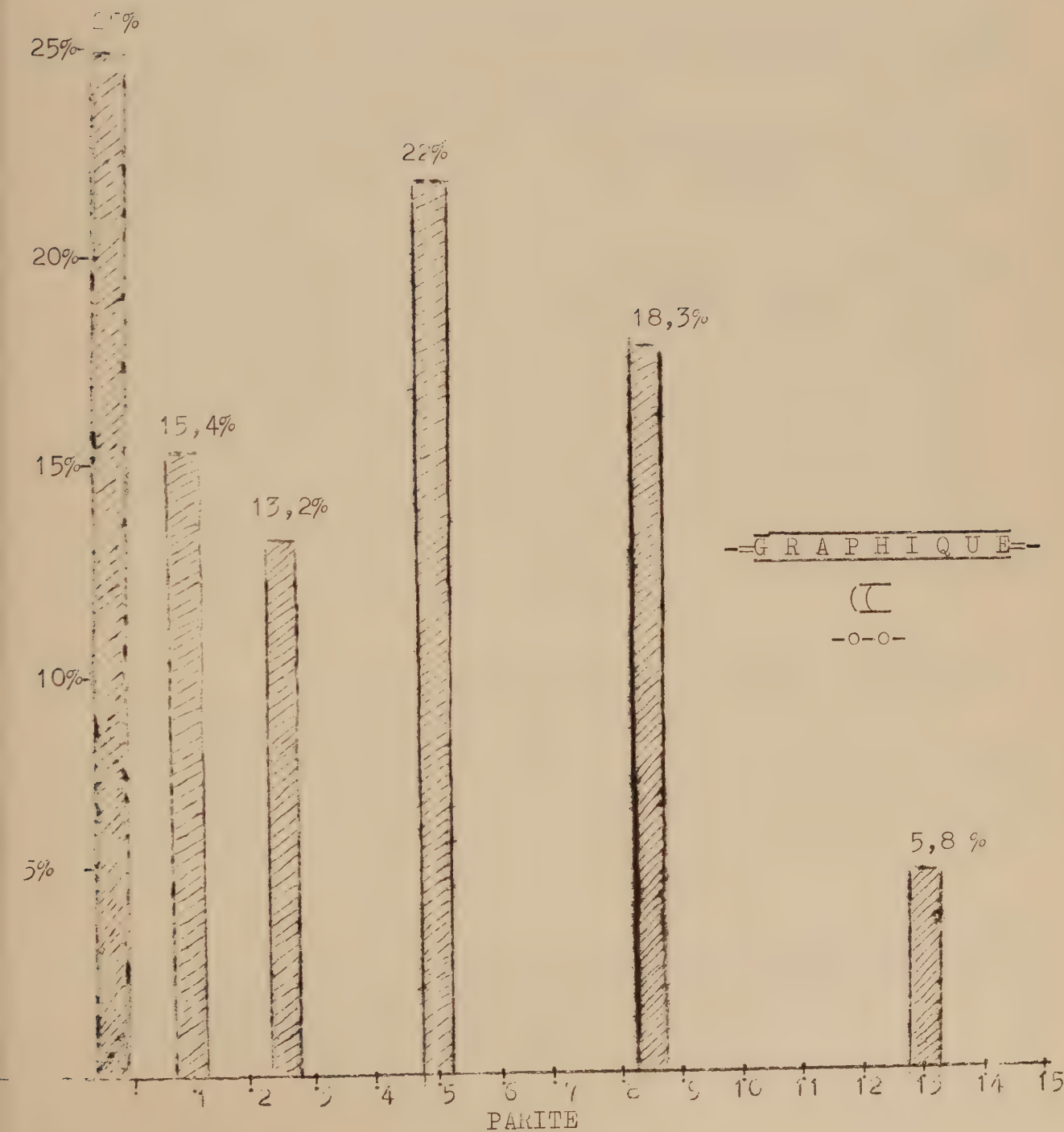
(voire graphique C)

--==ooO T A B L E A U I Ooo==--

PAUCIPARES (0à 3grossesses)			MULTIPARES (4 à 6 grossesses)	TRES GRANDES MULTIPARES (7 à 15 grossesses)	
I.geste 0.pare	II.geste I pare	II à IIIpare	IV à VI pares	VII à X pares	XI à XV pares
34	21	18	30	25	8
25 %	15,4 %	13,2 %	22 %	18,3 %	5,8 %
Total : 73 césariennes soit 53,6 %			Total: 30 césariennes = 22 %	Total:33 très grandes multipares soit 23,1 %	

- Fréquence de l'intervention césarienne étudiée par rapport à la PARITE

30% - 35% de césarienne



-=GRAPHIQUE=-

(C

-o-o-

//A fréquence de l'opération césarienne a été étudiée par rapport au temps écoulé entre l'admission et l'intervention (et non entre le début du travail et l'intervention, nos patientes arrivent le plus souvent en plein travail).

//)/OS 136 femmes césarisées se subdivisent en 3 groupes :

1°) Les gestantes césarisées en urgence: il s'agit de 96 femmes soit 70,5 % du total pour lesquelles l'opération césarienne s'imposait dès l'entrée.
En effet, l'intervention devait se faire dans un laps de temps de 15 minutes pour les plus urgentes jusqu'à 6 Heures aprés l'Admission.
Nous avons constaté que parmi les indications les plus urgentes, il s'agissait d'un syndrome de pré-rupture patent survenant sur une présentation de l'épaule négligée ou tout autre dystocie foeto-maternelle, la plupart des femmes ignorantes de leur état ne venant consulter qu'aprés avoir épuisé a domicile tous les "moyens thérapeutiques de fortune", et partant, leur énergie, de qui pouvait durer 2 à 3 Jours, 8 jours dans une observation !
Les autres indications urgentes sont éssentiellement représentées par l'hémorragie brutale et cataclysmique du PLACENTA-PRAEVIA-CENTRAL, ou par la souffrance foetale aigue.

2°) Les femmes césarisées au bout d'un laps de temps allant jusqu'à 24 heures : 28 cas soit 20,1 %.
Ce sont des gestantes pour lesquelles a été d'abord préconisée l'expectative sous surveillance médicale stricte; mais, l'arrêt ou le défaut de progréssion du foetus, le début d'une souffrance foetale nous incitent ensuite à intervenir.

3°) Les femmes césarisées 2 à 6 jours aprés leur hospitalisation constituent le lot le moins important. Nous en avons colligé 12 cas, soit 9,4 % .

Il s'agit le plus souvent d'un faux travail, ou d'utérus cicatriciels gardés en observation ; une fois il devait s'agir d'une incompatibilité foeto-maternelle qui a nécessité l'intervention pour sauvetage foetal.-

INDICATIONS

BILAN - GLOBAL - DES - INDICATIONS

-=oO TABLEAU nº II Oo=-

INDICATIONS		Nombre de cas	Pourcentage sur 136 césariennes
Indications Maternelles	-Dystocies-Osseuses.....	18	13,2 %
	-Disproportion Foeto-Pelviennes	17	12,6 %
	-Utérus cicatriciels	15	11 %
	-Dystocies Dynamiques	11	8 %
	-Maladies Gravidiques	6	4,4 %
Indications Foetales	-Présentations-Dystociques	35	25,8 %
	-Incompatibilités-Rhésus	2	1,4 %
Indications Ovulaires	-Procidence du Cordon	5	3,6 %
	-Placenta-Praevia	27	19,8 %

INDICATIONS MATERNELLES

TABLEAU III

I) LES INFECTIONS OSSEUSES :

Elles-ci sont au nombre de 18
soit 13,2 % des chiffres globaux

Elles comprennent :

a) Les bassins généralement rétrécis : 7 cas

b) Les bassins Rachitiques : 5 cas

c) Les bassins Ostéomalaciques : 4 cas,
chiffre surprenant dans une région aride, où l'Ostéomalacie était plus fréquente il y a quinze ans.
Les travaux de Biancardini ont ils contribué à l'éradication de cette affection par dépistage systématique dans les compagnes de l'Est Algérien et une prévention de plus en plus active par l'intermédiaire des centres de protection maternelle et infantile.

d) Les bassins asymétriques : 2 cas

II) LES DISPROPORTIONS FOETO-PELVIENNES :

Nous avons relevé 17 cas soit 12,6 % des chiffres globaux.-

III) /LES UTERUS CICATRICIELS :

15 cas soit 11 % des chiffres globaux

Ils comprennent :

a) -Les utérus Unicicatriciels : 10 cas

b) - Les utérus Bicicatriciels : 4 cas

c) - Les utérus Tricicatriciels: 1 cas

IV) /LES DYSTOCIES DYNAMIQUES :

11 cas, soit 8 % des résultats globaux.

Ces dystocies ont souvent démasqué une anomalie de la filière Pelvienne ou foetale jusque là méconnue.

V) /LES MALADIES GRAVIDIQUES :

6 cas, soit 4,4 % des indications.

Celles-ci comprennent :

a) L'Hématome Rétro-Placentaire :

4 cas, soit 2,8 %

b) L'Eclampsie :

2 cas

INDICATIONS MATERNELLES

TABLEAU n° III

I/ Dystocies-Osseuses 18 cas soit 13,2 %	Bassins Généralement Retrécis	: 7 cas
	Bassins Rachitiques	: 5 cas
	Bassins Ostéomalaciques	: 4 cas
	Bassins Asymétriques	: 2 cas
II/ Disproportions Foeto-Pelviennes		: 17 cas soit 12,6 %
III/ Utérus Cicatriciels 15 cas soit 11 %	- Utérus Unicicatriciels	10 cas
	- Utérus Bicicatriciels	4 cas
	- Utérus Tricicatriciels	1 cas
IV/ Dystocies Dynamiques		: 11 cas soit 8 %
V/ Maladies Gravidiques 6 cas - soit 4,4 %	- Hématomes-Rétro-Placentaires	: 4 cas
	- Eclampsie	: 2 cas

LES INDICATIONS FOETALES .

-=oO(T A B L E A U IV)Oo=-

I/- LES PRESENTATIONS DYSTOCIQUES :

Il nous a été donné de constatér 35 cas de présentations dystociques, soit un pourcentage de 25,8 % des indications à l'opération césarienne.

Il s'agissait de :

A)-Presentations transversales : 13 cas

Ces présentations se subdivisent en :

a)- Présentations transversales : 5 cas sur 13

b)- Présentations de l'épaule négligée : 8 cas

B)- Présentations complexes : 10 cas dont :
4 présentations podaliques associées à une procidence de la main ou du cordon.

C)- Présentations du front : 5 cas

D)- Présentations de la face : 1 cas

II/- INCOMPATIBILITE RHESUS :

2 cas signalés.

I N D I C A T I O N S F O E T A L E S

-=oO(T A B L E A U IV)Oo=-

I PRESENTATIONS DYSTOCIQUES 35 cas soit 25,8 %	- Présentations Transversales : 13 cas -Présentations transversales: 5 cas -Présentations Epaule-Négligée: 8 cas	
	Présentations Complexes :	10 cas
	- Présentations du front :	5 cas
	- Présentations de la face :	1 cas
II INCOMPATIBILITE RHESUS :		2 cas

LES INDICATIONS OBSTETRICALES

On a relevé 32 cas, soit 23,6 %

Il s'agit de :

a)- Placenta Préavia : 27 cas

1°/- Placenta Préavia Central :
17 cas

2°/- Placenta Préavia Marginal :
10 cas

b)- Procidence du cordon : 5 cas

(Etude Analytique)

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

L'opération césarienne abdominale répond de nos jours à des indications multiples.

Nous les avons classées, pour notre part, sous trois grands chapitres.

1°/- Les indications Maternelles.

2°/- Les indications Foetales.

3°/- Les indications Ovulaires.

(CETTE classification nous a paru englober toutes les indications possibles.-

I/ °INDICATIONS MATERNELLES.

A) Les Dystocies Osseuses

Les grands retrécissements du bassin, trés fréquents autrefois, le sont encore en Algérie ainsi que dans les pays en voie de développement. Cependant, dans les pays à niveau socio-économique élevé, cette pathologie est devenue plus rare, car, l'hygiène, la prophylaxie des maladies de l'enfance ont fait reculer le rachitisme et les carences, les déviations vertébrales et les boiteries.

Par contre, la sécurité de l'opération césarienne a complétement transformé les difficultés thérapeutiques connues des anciens chirurgiens.

Sur les 136 observations portant indication à l'opération césarienne abdominale, nous avons relevé 18 dossiers de Dystocies osseuses, soit 13,2 %.

Selon d'autres auteurs :

Horta (C.H.U. Alger 1971):16 %
Plan-Ladouec (1965 chez la laotienne): 5,8 %
Le Camelier (Sénégal 1962) : 4,2 %

1°) Les bassins généralement retrécies.

Le rétrécissement porte sur tous les diamètres du bassin , et plus au moins sur tous le bassin dans toute sa hauteur. Le détroit superieur est cependant toujours le plus touché

Ce qui caractérise ce bassin, c'est non suelement leur retrécissement généralisé, mais aussi généralement l'atrésie des parties molles qui lui est souvent associée.

Nous avons relevé 7 cas de bassins généralement retrécis, soit un pourcentage de 5,2 % des résultats globaux.-

2°) Les bassins Rachitiques:

Ce sont des bassins où domine l'aplatissement du diamètre antéro-postérieur.

Le bassin aplati et généralement retréci peut-être considéré comme un bassin rachitique vrai.

La dystocie qu'ils provoquent est essentiellement une dystocie d'engagement.

Leur dépistage est, du fait de la simplicité de la mesure du diamètre antéro-postérieur, assez facile.

En effet, l'exament porte essentiellement sur le petit bassin par le toucher vaginal bidigital (pelvimètrie-interne) ; il doit être exécuté commodément et avec méthode, la femme est en position, les plus écartées fléchies sur l'abdomen.

On étudie le diamètre antéro-postérieur : le doigt suit la face postérieur du vagin, reconnait la face antérieur de la dernière vertèbre sacrée, remonte vers le haut; normalement, il perd le contact osseux, et l'angle sacro-vertébral ou promontoire reste inaccessible ; le diamètre promonto-sous-pubien est de 12 centimetres ; mais, si le diamètre antéro-postérieur est retréci, le doigt atteint la saillie du promontoire, saillie mousse convexe, qui, latéralement se continue avec le bord de l'aileron sacré fuyant en arrière vers les sinus sacro-iliaques.

Le vrai promontoire identifié, on mesure le diamètre antéro-postérieur : c'est le toucher mensurateur.

L'étude du diamètre promonto-rétropubien a une grande valeur diagnostig et pronostic ; lorsque le doigt atteint seulement le promontoire, c'est qu'il s'agit d'un bassin plat ; lorsque les lignes innominées sont suivies dans toute leur étendue, la faible réduction du promonto-sous-pubien est l'indice d'un bassin généralement rétréci ; si au contraire le promonto-sous-pubien est réduit de plus de 1,5cm, il s'agit sans doute d'un bassin aplati et généralement rétréci.-

Le nombre de bassins rahitiques relevés lors de nos 136 observations et de 5 - soit un pourcentage de 3.6 % (chiffre relativement peu important).

3°) Les bassins Ostéomalaciques:

4 cas, soit 4,8 %.

Cette maladie sévit en des régions trés déterminées et en particulier dans le Constantinois

-2 de nos malades sont originaires d'Ain-Beïda.
-2 des Aurès ; réginnsassez arrides.

Cette affection est liée à une alimentation comportant notamment une importante carence en phosphates, en calcium et en matières protèiques.

Elle est souvent révélée et toujours aggravée par les grossesses multiples, successives ; elle est caractèrisée par un ramollissement prononcé du tissu osseux ; de là, résultent des déformations du bassin ; les os iliaques s'incurvent ; le détroit supérieur va tendre vers l'aspect trifolié ou en t tricorne ; le bassin devient dans son ensemble "irrégulier" comme "chiffonné" (Depaul).-

La césarienne en fin de grossesse est presque toujours indispensable ; mais, l'ostéomalacique appartient toujours à une population dont le niveau de vie est trés bas, et qui de ce fait, vient demander du secours, souvent tardif, à un moment où l'enfant est déjà mort et où la seule opération logique est alors une embryotomie plus ou moins facile à réaliser.

On discutait autrefois l'opportunité de pratiquer l'hystérectomie totale avec connexectomie, parce que la castration paraissait influencer favorablement l'évolution de la maladie ; l'éfficacité du traitement médical évite aujourd'hui d'avoir recours à ces mutilations ; on procède également à la ligature des trompes ou à une stérilisation temporaire, parceque la répétition des grossesses est un facteur certain d'aggravation:

"Accessible à la prophylaxie par apport important d'aliments variés, de sels de calcium et de vitamines, l'ostéomalacie, dit Fahier, peut à n'importe lequel de ses stades être bloquée dans son évolution, et ce traitement peut être aussi accéléré par la méthode continue à la sonde duodénale par le procédé dit du " Drip-feeding".-

En quelques semaines s'observe la récalcification , mais les déformations du bassin ne sont pas réversibles".-

Cependant la condition sociale des ostéomalaciques la soustrait trés vite au traitement.

Sortant de l'hopital trop tôt, l'affection est fréquemment aggravée par un allaitement prolongé.

Les douleurs deviennent intolérables, déterminant une impotence absolue ; la malade rapetisse littéralement ; son tronc est tassé télescopé et son thorax, comme posé sur ses crêtes iliaques.

Son rachis présente une lordose lambaire importante et, naturellement une cyphose de compensation.

4°) Les bassins Assymétriques :

2 cas signalés, soit 1,4 %

On retrouve ici des antécèdents ou d'autres séquelles visibles d'une sacro-coxalgie ou d'une fracture.

Il peut s'agir de bassin vicié par un arrêt de développement inexpliqué et primitif d'un aileron sacré. C'est le bassin de Naeglé, le plus asymétrique qui soit et qui est en même temps celui qui peut passer inaperçu le plus facilement; c'est le type des bassins obliques ovalaires le plus assymétrique. Sa déformation dirigée en sens oblique, est répartie sur toute la hauteur de l'excavation. Nous n'en avons pas observé dans notre étude

En effet, en clinique, nombre de ces bassins échappent peut-être à l'examen : ni l'attitude du tronc, ni celle des membres n'attirent l'attention, car il faut regarder bien attentivement pour voir l'assymétrie légère des fesses et des régions inguinales.

Très souvent chez la multipare, ce sont les accouchements dystociques antérieurs qui incitent à approfondir l'examen du bassin.

Chez la primipare, c'est quelque fois la tête non engagée et paraissant déjetée quelque peu latéralement. Ce peut-être aussi l'impression de fermeture de l'arcade sous-pubienne et de rétrécissement du détroit inférieur.

Lorsqu'on soupçonne l'existence d'un bassin asymétrique; il faut rechercher les indices d'asymétrie et évaluer avec soin le degré de fermeture du sinus sacro-iliaque, faire surtout une radiographie (radio centrée sur le détroit supérieur en position de Thoms), et surtout une radio pelvimétrie dont nous déplorons l'absence à Constantine, et qui est indispensable pour apprécier la valeur obstétricale de ce bassin.

L'évolution d'un accouchement peut-être différente suivant que l'engagement se fait dans le grand ou le petit diamètre oblique, avec l'occiput au large ou à l'étroit ; seule ici la clinique nous sert de guide dans l'appréciation de ces bassins

Il convient en conséquence d'être assez large dans les indications de l'intervention césarienne, aprés une"épreuve du travail " prudemment conduite.-

B) Les disproportions Foeto-Pelviennes :

Elles constituent la dystocie mécanique majeure.

Elles marquent l'impossibilité à la déscente de la présentation dans le bassin, d'où l'absence d'engagement, ou le blocage de la présentation qui peut parfois "s'enclaver".

L'accouchement livré à lui-même peut se prolonger des heures, entraînant des troubles de la contraction utérine et de la dilatation du col, une souffrance foetale qui aboutit plus ou moins vite à la mort, l'infection ovulaire, et quelquefois plus tard, un accident redoutable la rupture utérine.

L'opération césarienne pratiquée peu de temps aprés la rupture des membranes, peut seule éviter ces graves périls foetaux et maternels .

Nos statistiques montrent un pourcentage de 12,6 % c'est à dire 17 cas

D'autres auteurs rapportent les taux suivants :

- DE COSTA : 35 %
- JONES : 25 %
- HORTA : 5,8 % -(C.H.U. Alger 1971)
- KITSNER: 5,1 %

C)- Les Utérus Cicatriciels :

Ils sont en grande majorité représentés par les utérus entérieurement césarisés.

Le prôblème est dominé par la qualité souvent défectueuse de la cicatrice de césarienne même segmentaire.

Quand la dystocie qui a conduit à la première césarienne n'est pas permanente, la "conduite à tenir" est alors trés contreversée.

Aux Etats-Unis, de nombreux auteurs dont des césariennes itératives systématiques quelles que soient les circonstances ; leur principal argument est le risque de rupture au cours du travail ; aussi le nombre des itératives a nettement augmenté ; en dix ans, elles sont passées de 35,2 % à 50,2 % (DE COSTA).

A l'inverse, on a reproché à cette attitude de limiter l'avenir obstétrical des femmes césarisées en leur interdisant la possibilité de grossesses multiples.

Actuellement, on voit se développer une tendance à multiplier le nombre des césariennes itératives, et a ne plus considérer le chiffre de 3 césariennes comme synonume de stérilisation.

Dillon-Tillis Brunner rapportent 1033 césariennes chez 284 femmes ayant eu 3 césariennes ou plus. Ils n'ont observé aucune mort maternelle ; ils ont eu 12 ruptures utérines et ont constaté au cours de réinterventions 19 cas de cicatrices minces.

Ainsi, la césariemne compromettait beaucoup moins l'avenir obstétrical qu'il n'est habituel de le dire.

Cependant, les chiffres opératoires augmentent avec le nombre des césariennes, en même temps que parait diminuer la solidité de la cicatrice.

En france, la plupart des auteurs sont en faveur de la tentative d'accouchement par voie basse. Cependant, les principaux éléments qui doivent orienter le choix sont :

- Le nombre de césariennes antérieures: il est admis qu'aprés 2 césariennes, la tentative d'accouchement par voie basse n'est pas justifiée.
- Le type de césarienne antérieure.
- L'indication de la césarienne antérieure.
- L'apparition d'une complication quelconque au cours de la grossesse constitue une indication à l'intervention (le placenta praevia par exemple)
- Les caractères du bassin.
- Le déroulement du travail.

Nous relevons pour notre part, 15 cas d'utérus cicatriciels soit 11 %, et pour lesquels l'opération césarienne abdominale a été indiquée.

Les 15 cas se subdivisent comme suit :

- 10 cas d'utérus unicicatriciels.
- 4 cas d'utérus bicicatriciels.
- 1 cas d'utérus tricicatriciel.

D) Les Dystocies Dynamiques :

Elles définissent des troubles de la contraction utérine, de l'éffacement et de la dilatation du col.

Ces troubles relèvent d'abord d'un traitement médical, avec rupture des membranes, emploi judicieux d'antispasmodiques ou d'ocytociques ou des deux à la fois en perfusion lente ; ce simple traitement permet souvent de venir à bout de ces dystocies dynamiques.

En cas d'échec du traitement médical, la dystocie nécessitera l'intervention par voie haute.

Notre étude nous a permis de relever 11 cas de dystocies dynamiques ayant nécessité une intervention, soit un pourcentage de 8 % .

Selon d'autres auteurs, ces taux sont les suivants :

-18,1 % pour FINTZ
-15 % pour DE COSTA
- 9 % pour BRYANT
- 2,6 % pour JONES

E) Les Maladies Gravidiques :

Nous avons pu constater 6 cas de Maladie-Gravidique-tardive, soit un tax de 4,4 % , parmi lesquelles :

- 4 cas d'hématome rétro-placentaire
- 2 cas d'éclampsie.

1°)- L'hématome rétro-placentaire :

La césarienne apparait surtout comme moyen de sauvetage maternel, car le pronostic foetal est toujours sombre, l'enfant ayant généralement succombé "In-Utéro".

Le recours à la voie haute permet d'éviter l'apparition de complications secondaires, tels que l'aggravation du choc, les troubles de coagulation, l'anurie.

Cependant, la césarienne n'est indiquée que lorsque les moyens obstétricaux habituels et la réanimation n'entrainent pas une amélioration des sympthnes et un accouchement rapide.

2°)- L'Eclampsie :

Considérée comme l'une des complications les plus graves de la toxémie gravidique, elle survient essentiellement chez les jeunes primipares mal surveillées, surtout au cours du dernier trimestre de la grossesse, mais aussi lors du travail et dans les suites de couches.

Le recours à la voie haute paraît nécessaire lorsque l'enfant est encore vivant ; c'est alors l'indication d'une césarienne de "sauvetage" à la fois maternel et foetal.

En effet l'enfant peut souvent être sauvé grâce à une réanimation bien conduite ; l'état général de la mère étant améliorée par l'anésthésie générale (emploi d'anti-convulsivants), et par l'évacuation utérine rapide (élément de pronostic).

Nous avons relevé 2 cas d'éclampsie das notre série de cas.-

II/- INDICATIONS FOETALES :

A)- Présentations Dystociques :

Nous avons observé 35 cas de présentations dystociques soit un pourcentage de 25,6 %.

Les autres statistiques montrent :

- PLAN LADOUEC : 36,1 %
- SOUSA HORTA : 14,9 %
- PEEL CHAMBERLAIN : 10 %
- DE COSTA : 7,4 %
- SALZMANN : 3,4 %

Il s'agissait de présentations pour lesquelles la césarienne était l'indication formelle ; elles concernaient aussi bien les primigestes que les multipares.

Elles comprennent par ordre de fréquence :

a)- Indications formelles :

1°) - Les présentations transversales
2°) - Les présentations complexes
3°) - Les présentations du front

b)- Indications relatives :

- Les présentations de la face

a)- Indications formelles :

1°) - Les présentations transversales:

13 cas dont 8 épaules négligées

Pour ce dernier type, il s'agissait de gestantes vues à la dernière minute et pour lesquelles la césarienne était l'indication formelle.

Au Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger, 40 cas ont été signalés (Horta - Juin 1971).

2)- Les présentations complexes :

Nous avons noté 10 cas

Il s'agissait d'une présentation du siège avec procidence d'une main ou d'un pied (4cas) ou encore d'une présentation céphalique mal fléchie où la procidence d'une main venait compliquer le tableau.

Souvent, c'est devant un tableau clinique plus complexe tels qu'une gestante au bassin limite n'acceptant pas les dimensions d'un foetus mal engagé, un début de souffrance foetale que nous avons considéré l'intervention comme unique recours.

N.B./: Nous n'avons pas relevé d'indication de la césarienne pour une présentation podalique "pure".

Nous avons signalé par ailleurs 4 présentations podaliques complexes (antérieurement signalées), 4 présentations podaliques avec disproportion foeto-pelvienne manifeste (gros enfants ayant pesé plus de 3800 grs) associées à une procidence du cordon ou a un utérus cicatriciel ayant justifié l'intervention ; 2 présentations podaliques associées à une pelvivisiation (1 bassin limite ; 1 bassin généralement rétréci .)

3)- Les présentations du front :

Nous avons relevé 5 cas

Il s'agissait éffectivement de 5 présentations du front survenant sur grossesse à terme.

21 cas ont été signalés en deux ans au C.H.U. d'Alger (Horta - Juin 1971).

La présentation du front qui appartient le plus souvent à la dystocie franche, est rare.

Actuellement, beaucoup d'auteurs décrivent non pas une, mais deux présentations du front : la présentation du front vraie et la présentation du bregma qu'ils rattachent à celle du front.

La présentation du front est en pratique une découverte au cours du travail.

C'est en effet l'évolution du travail obligeant à chercher la cause d'une stagnation de la tête au détroit supérieur qui conduit à explorer la présentation avec plus de soin.

On trouve alors une fontanelle antérieure ou le front lui même au centre du bassin ; le nez un peu plus loin non déformé.; on notera que le menton n'est pas accessible (diagnostic différentiel avec la face), ni la fontanelle postérieure (diagnostic différentiel avec un sommet mal fléchi).

On notera, fait capital, que la tête est fixée en cette situation au détroit supérieur, le front descendant en pointe dans le bassin.

Seuls, le toucher vaginal en pratique, permet de faire le diagnostic, ainsi qu'une radiographie de l'abdomen sans préparation souvent demandée pour s'assurer du diagnostic.

On comprent ainsi que le diagnostic du front soit presque toujours tardif au cours du travail avancé. C'est alors que les risques foetaux et maternels commandent l'intervention.

La césarienne souvent tardive est préférable aux dangers de l'enclavement.

b)- Indications relatives :

Présentations de la face :

1 présentation de la face signalée.

La présentation de la tête défléchie est rare. Elle n'est pas une présentation dystocique.

En principe, les signes de la présentation de la face sont trés nets :

- au palper : C'est la saillie considérable de la nuque, avec la dépression en "coup de hache" qui sépare cette saillie du tronc du foetus.

- au toucher vaginal : c'est la sensation de partie foetale irrégulière, avec les deux joues séparées par le nez, les deux arcades orbitaires à l'opposé de la bouche, le fer à cheval du maxillaire et du menton.

Il faut reconnaitre que bien souvent, le diagnostic est retardé par la difficulté de l'examen clinique : en plein travail, le palper n'est pas facile, les contractions utérines laissent souvent un utérus tendu, le "coup de hache" n'est pas toujours net . Quant au toucher, il n'est vraiment perçu qu'aprés la rupture des membranes.

Dans notre cas, il s'agissait d' une présentation de la face et qui avait tendance à s'enclaver en mento-postérieure avec début de souffrance foetale ; les manoeuvres classiques tendant à obtenir une rotation en avant ayant échoué.

B) L'Incompatibilité rhésus :

Nous avons relevé 2 césariennes pour incompatibilité-rhésus : l'une à la 36ème, l'autre à la 38ème semaine.

Soulignons d'emblée qu'en principe, l'incompatibilité n'est pas une indication de césarienne, et dans nos 2 cas, elle n'a été posée qu'aprés échec du déclenchement du travail, dans un but de sauvetage foetal : il s'agit donc d'une indication de sécurité, visant à soustraire l'enfant au conflit immunologique foeto-maternel, attesté par la présence d'agglutinines irrégulières dans le sang maternel.

III/- INDICATIONS OVULAIRES :

Nous avons noté dans notre travail, 2 types principaux d'indications ovulaires.

-1°) L'insertion basse du placenta, ou placenta-préavia : soit 27 cas

-2°) Les procidences du cordon : 5 cas

Nous remarquons que les dystocies ovulaires sont surtout dominées par la plus grande fréquence du placenta-Préavia

Nous avons relevé 32 cas de dystocies ovulaires ayant motivél'opération césarienne, soit un pourcentage de 23,6 % .

Les différentes statistiques consultées montrent les taux suivants :

-PLAN LADOUEC	:	6,6 %
-DE SOUSA HORTA	:	6,5 %
-PEEL CHAMBERLAIN	:	4 %
-HUNTER JONES	:	1,9 %
-FINTZ	:	1,8 %
-WILSON	:	1,1 %

A)- INSERTIONS BASSES DU PLACENTA : Placenta-Préavia

Les indications sont souvent difficiles à poser, et nécessitent une grande expérience de l'obstétrique.

Elles sont fonction :

1°) du siège de l'insertion placentaire :

L'indication étant absolue en cas d'insertion centrale,relative en cas d'insertion marginale, seulement quand la rupture large des membranes ne suffit pas à juguler l'hémorragie.

2°) de la répétition des hémorragies : entrainant un état d'anémie maternelle et foetale.

3°) de l'intensité des hémorragies : abondantes,elles peuvent imposer une césarienne de sauvetage maternelle, sans souci du terme de la grossesse.

4°) de l'âge de la grossesse: l'idéal étant de temporiser au moins devant des hémorragies peu abondantes pour atteindre la période de viabilité foetale.

Quoiqu'il en soit, il est absolument nécessaire chez ces femmes qui ont saigné de n'entreprendre l'intervention qu'aprés mise en place d'une transfusion et réserve de sang.

On rappèlera enfin que le placenta-préavia est un facteur de fragilisation de la cicatrice et doit inciter à la césarienne itérative lors d'une grossesse ultérieure.

Pour notre part, nous avons relevé 27 cas de placenta-préavia dont :

-17 cas de placenta-préavia central
-10 cas de placenta-préavia marginal

Dans tous les cas, l'indication devait être imposée aprés rupture large des membranes, chaque fois qu'elle a été possible, et réanimation intensive en pré-per-post-opératoire, et nous permit à chaque fois de réaliser un accouchement sans jamais noter d'accident maternel.

B)- PROCIDENCE DU CORDON : 5 cas.

Accident brutal et rarement prévisible, la procidence du cordon met en jeu la vie de l'enfant.

Dans 3 de nos observations, il s'agissait d'une procidence du cordon du 3° degré, survenue aprés rupture précoce des membranes en salle de travail et dilatation insuffisante qui a justifié la césarienne pour sauvetage foetal : les 3 enfants ont survécu.

Dans les 2 autres cas, le cordon était en position antérieure, comprimé entre la tête et la margelle du détroit supérieur, avec état de souffrance foetale aigûe : la césarienne,

.../...

indiquée en urgence a permis l'extraction d'un enfant vivant réanimé pendant 3 minutes dns le 1er cas, un enfant en état de mort apparente dans lesecond cas, qui est décédé dans l'heure qui suivit l'extraction, malgré une réanimation correcte.

C'est dire l'importance d'une surveillance rigoureuse au cours du travail d'accouchement, basée notament sur l'electro-cardiogramme foetal ou sur l'enregistrement du phonocardiogramme, en cas de soupçon d'un procubitus du cordon.

Dans certains cas, aprés rupture des membranes, il serait trés utile de pratiquer extemporanement la recherche rapide du pH sanguin foetal.

Cette méthode qui se pratique par ponction de la partie accessible du pôle foetal, permet de dépister une acidose éventuelle qui accompagne l'état de souffrance foetale aigûe (méthode de SALNIG).

Nous déplorons l'absence de ce Monitoring obstétrical dans notre maternité ; et c'est pourquoi nous nous permettons d'insister sur les méthodes prophylactiques d'appoint classiques :

- Ponction prudente de la poche des eaux au cours d'une contraction utérine, la malade étant en position de Trendelembourg.

- L'Humidific ation constante au serum physiologique tiede du cordon durant le transport en salle d'opération.-

OBSERVATION n° I

BASSIN OSTEOMALACIQUE

Madame Z .... Alioua, âgée de 50 ans, originaire d'Ain-m'lila, 6ème geste, 4ème pare est admise le 5/5/72 à 15 heures, pour syndrome de pré-rupture et absence de B.C.F.

L'examen découvre un bassin ostéomalacique typique, qui permettait à peine l'introduction d'un doigt; un état général confinant à la cachexie, une amyotrophie évoluant depuis 2 ans.

L'interrogatoire retrouve la notion d'une rupture précoce des membranes survenue la veille, ce qui n'a pas inquiété cette gestante habituée à accoucher à domicile, nous dit elle.

La césarienne pratiquée dès l'admission révèle un utérus en sablier, et permet l'extraction d'un foetus mort-née, pesant 3kg200, et présentant une importante bosse séro-sanguine.

La ligature des trompes a été refusée par le couple.

Les suites opératoires sont bonnes ; la malade sort au bout de un mois, nettement amèliorée.

OBSERVATION n° II

(T) TERUS (T) ICATRICIEL

Madame B .... Fatiha, 25 ans, 3ème geste, 2ème pare, est admise pour grossesse à terme en travail depuis plus de 48 heures, avec poche des eaux rompue à domicile, liquide amniatique verdâtre et utérus bicicatriciel, sans que l'on puisse connaître les raisons de s deux interventions antérieures.

La malade est agitée et refuse catégoriquement toute intervention malgré son état.

Il a fallu attendre le concours et l'autorisation du mari pour pratiquer une césarienne qui a permis de découvrir une cicatrice de césarienne corporéale antérieure en voie de rupture sous les yeux de l'opérateur.

Extraction malgré tout d'un enfant vivant pesant 3kg100 réanimé pendant 1 minute.

Ligature résection des trompes à la demande du mari.

Suites opératoires favorables.

OBSERVATION n° III

-o-o-o-o-o-o-o-o-o -o-o-o-o-o-o

(D) YSTOCIE (D) YNAMIQUE

Madame T.... Farida, 28 ans, 4ème geste, 3ème pare, est admise le 15/5/1972 à 3heures du matin en travail.

L'examen d'entrée montre une grossesse à terme, des contractions fortes, une présentation céphalique fixée au palper.

Le toucher vaginal est difficile du fait de l'existence d'un hymen fibreux et épais, un vagin atrésique, une dilatation à 3 - 4 centimètres.

Au bout de 8 heures de travail, la dilatation progresse peu, les contractions sont anarchiques malgré les antispasmodiques prescrits.

On pratique une césarienne segmentaire transversale, pour dystocie dynamique secondaire à une disproportion foeto-pelvienne et début de souffrance foetale qui donne naissance à un garçon vivant pesant 4 kg avec un score d'Apgar satisfaisant.

Les suites opératoires furent bonnes ; la malade sort au 10ème jour.

O B S E R V A T I O N n° IV

(E C L A M P S I E

Madame B.... Khira, 19 ans, 2ème geste, primipare, est admise le 1/4/1972, pour grossesse à terme en début de travail compliquée d'une toxémie gravidique sévère (tension artérielle : 17/12 ; Albumine :+++ ; Oedèmes des membres inférieurs).

Malgré un traitement diurétique hypotenseur et sédatif institué pendant plus de 12 heures, on note une oligurie persistante et de plus, une crise éclamptique à la 12 ème heure.

La césarienne est indiquée dans un but de sauvetage maternel et foetal ; elle permet l'extraction d'un enfant vivant pesant 2kg600, réanimée pendant 2 minutes et demi.

La diurèse se rétablit dans les heures qui suivirent l'intervention ; la tension s'est normalisée à 12/8 .

La malade sort au dixième jour complétement rétablie.

O B S E R V A T I O N S n° V

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

--==oO(H - R - P)Oo==--

Madame C.... Aïcha, 26 ans, 6ème geste, 4ème pare, est admise le 22/9/72 pour grossesse de 7mois compliquée d'une hémorragie de sang noir .

L'examen révèle un terrain de toxèmie gravidique précoce avec hypertension à 16/12, discrets oedèmes des membres inférieurs, proteïnurie et anémie clinique sévère. L'utérus est dur au palper, presque tétanisé ; les B.C.F. inaudibles, le col est fermé.

On pense à la possibilité d'un hématome rétroplacentaire

Laparotomie, extraction d'un foetus de sexe féminin mortnée, puis du placenta, ce qui permet de découvrir l'existence d'un hématome rétroplacentaire évalué à 900 grs de caillot de sang.

La malade sort au dixième jour aprés de bonnes suites opératoires.

OBSERVATION n° VI

PRESENTATION TRANSVERSALE

Madame O.... Rezkia, 20 ans, 4ème geste, 3ème pare à terme, en travail, est admise le 21/8/72 pour Présentation-Transversale.

Le toucher vaginal montre un col dilaté à 3 cm et l'existence d'un placenta-préavia marginal qui saigne brutalement dès la fin du toucher.

Une césarienne d'urgence est pratiquée, et permet l'extraction d'un garçon vivant pesant 3kg110.

Bonnes suites opératoires ; la malade sort au neuvième jour.

OBSERVATIONS n° VII

ÉPAULE NÉGLIGÉE

Madame M.... Rebiha, 24 ans, à terme, est évacuée de Chelghoum-Laid le 7/6/72 aprés plus de 14 heures de travail, pour souffrance foetale.

En fait, l'examen d'entrée révèle l'existence d'une épaule négligée, syndrome de pré-rupture et infection amniotique avancée qui nous oblige à intervenir immédiatement.

Suites opératoires bonnes malgré une infection de la plaie opératoire cédant en quelques jours au traitement.

OBSERVATION n° VIII

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

DYSTOCIE COMPLEXE

Madame B.... Derifa, 39 ans, 8ème geste, 7ème pare, à terme en travail, est admise pour présentation complexe, rupture des membranes depuis plus de trois jours et infection amniotique avancée.

L'examen obstétrical découvre une présentation céphalique fixée, une main prolabée dans le vagin, une dilatation à 4 - 5 cm, un liquide amniotique fétide.

L'existence de B.C.F. nous fait poser l'indication urgente de la césarienne qui permet l'extraction d'un gros enfant vivant pesant 4kg200.

Suites opératoires favorables malgré une hyperpyréxie ayant necessité une antibiothérapie.

OBSERVATION n° IX

PRESENTATION du BREGMA

Madame G.... Aldjia, 36 ans, 2ème geste, primipare, sans enfant vivant, et présentant une stérilité secondaire depuis 20 ans, est évacuée en urgence de Mila pour arrêt de progression.

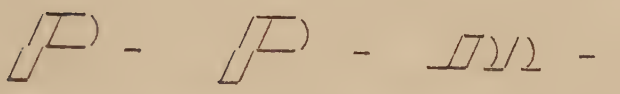
L'examen retrouve une femme obése pesant 98 Kg, une hauteur utérine à 40 cm, une présentation du bregma avec bosse séro-sanguine importante et syndrome de pré-rupture à dilatation complète.

La césarienne est pratiquée dès l'admission et permet l'extraction d'un gros enfant vivant réanimé pendant 3 minutes et pesant 4 kg 550.

La glycèmie et l'éprauve d'hyperglycémie provoquée, pratiquées au cours des suites opératoires s'avèrent normales.

OBSERVATION n° X

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-



Madame M.... Fatma-Zohra, 40 ans, 7ème geste, 6ème pare est admise pour grossesse prés du terme compliquée d'une hémorragie importante.

L'examen obstétrical retrouve une poche des eaux rompue avec procidence du cordon (2ème degré)qui bat faiblement, un placenta préavia-marginal et une présentation podalique haute ; une dilatation de 3 cm.

Devant ce contexte clinique complexe, une césarienne pour sauvetage foetal est pratiquée et permet l'extraction d'un enfant vivant pesant 3 kg 400 .

Suites opératoires bonnes malgré un état fébrile ayant évolué pendant 4 Jours.

ETUDE SYNTHETIQUE

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o -o-o-o-o-o-o-

Il ressort de notre statistique que les indications maternelles sont les plus fréquentes, avec un taux de 49,2 % ; puis, viennent les indications foetales (27,2 %) avec un fort pourcentage accordé aux présentations dystociques (25,8 %) ; et en dernier lieu les indications ovulaires (23,6 %) .

Fréquence par rapport à l'âge des gestantes :

-Il existe une nette prédominance de l'intervention césarienne à l'âge de 30 ans (36 cas/ 136, soit un taux de 26,4%), âge de fécondité maximale classiquement rapporté.

-Pour Horta : (Juin 1971 Alger) : 30% avec maximum également à 30 ans.

Fréquence suivant la parité : nous sommes frappés par le fort pourcentage des césariennes aussi bien chez les primigestes que les grandes multipares ; en effet nous notons :

-Primigestes : 34 cas soit 25 %

-Grandes multipares : 33 cas soit 24,3 %
(7 - 15 parités)

-Multipares : 30 cas soit 22 %
(4 - 6 grossesses)

Parallèlement à cette fréquence, beaucoup de césariennes sont faites en urgence et ce, dans un laps de temps ne dépassant pas les 6 heures aprés l'admission de la malade ; ceci concerne un groupe de 96 femmes, soit un taux de 70,5 % . Ces grandes urgences sont constituées par des accidents graves menaçant la vie de la gestante , tels que le syndrome de pré-rupture utérine sur utérus cicatriciel, le placenta préavia avec hémorragies importantes, la présentation de l'épaule négligée, la souffrance foetal aigûe.

Nous avons étudié dans l'étude analytique, les indications de la césarienne avec quelques observations les plus caractéristiques. En même temps, nous avons fait une étude comparative de nos résultats par rapport à ceux du C.H.U. D'Alger et d'autres auteurs.

Certaines remarques peuvent être faites selon les différentes rubriques :

A)- Les indications maternelles :

1°/ -Les dystocies osseuses constituent 13,2 % de nos résultats

-Alger : 16 % (Juin 1971)
-Sénégal : 42 % (Le Cannelier 1962)

Le taux des dystocies osseuses entre Alger et Constantine différe de peu ; par contre le chiffre trés élevé au Sénégal s'expliquerait par le fait qu'il s'agit là d'un pays où le rachitisme et les carrences alimentaires sont beaucoup plus importants que chez nous .

Parmi ces dystocies osseuses on retrouve :

-Bassins généralement retrécis : 5,2 %
-Bassins rachitiques : 3,8 %
-Bassins Ostéomalaciques : 2,8 %
-Bassins Assymétriques : 1,4 %

Remarquons le chiffre relativement peu élevé de l'ostéomalacie sur cette durée limitée.

2°/- Les disproportions foeto-pelviennes : la cause de l'excès de poids foetal n'a pas été recherchée dans nos observations.

Elles constituent cependant un chiffre de 12,6 %
-Pour Alger (C.H.U.A.) : 5,8 %
-Pour Jones : 25 %

Il faudrait procéder à une recherche systématique d'une étiologie prédiabétique en particulier.

En effet, le trouble métabolique apparait bien souvent avant toute manifestation clinique du diabète, voire avant toute anomalie décelable de la glycorégulation chez la mère ; de telle sorte que la survenue chez une femme d'un gros enfant en apparence inexpliqué, doit systématiquement conduire aux épreuves d'hyperglycémie provoquée, et même si l'épreuve est négative, faire instituer une surveillance régulière de celle-ci

Nous savons aujourd'hui que le gros enfant est assez souvent le premier indice d'un trouble métabolique qui n'apparaitra cliniquement chez la mère que des années plus tard.

Il résulte que la prévention du gros enfant n'est pratiquement pas possible, mais que le gros enfant peut lui, être un élement de prévision d'une maladie maternelle future.

3°/ - Les Utérus Cicatriciels :

15 cas, soit un taux de 11 %

Ces utérus sont représentés pour la grande majorité par les utérus césarisés.

Ce sont les utérus uni-bi et tricicatriciels, avec :

a) 10 cas d'utérus unicicatriciels :

- dans 5 cas : il s'agit de femmes venues consulter tardivement, travail déjà commencé.
- dans 2 cas : la souffrance foetale aigûe a motivé la 2ème intervention.
- 3 cas de placenta préavia associés à la cicatrice et ayant justifié une réintervention.

b) 4 cas d'utérus bicicatriciels avec :

- 3 cas de bassins limites ou bassins généralement rétrécis.
- 1 cas de disproportion foeto-pelvienne.

c) 1 cas d'utérus tricicatriciel : il s'agit d'un bassin généralement rétréci., indication permanente qui s'est accompagnée d'une ligature-résection des trompes.

4°/- Dystocies Dynamiques : un autre chapitre des indications maternelles est représenté par la dystocie dynamique .

Les accouchements seraient fort nombreux qui s'accompagnent à un moment ou à un autre , de façon fugace ou prolongée d'un trouble de la contractibilité.

Pour notre part, la fréquence de dystocie représente un chiffre de 8 % (11 cas) avec :

* 7 cas d'hypotonie et hypocinésie chez des multipares
* 2 cas de dystocies cervicales dynamiques rebelles aux antispasmodiques.
* 2 cas d'hypertonies utérines non régularisées par perfusion d'ocytociques et antispasmodiques.

Pour d'autres auteurs :

-Horta	:	22,6 %
-De Costa	:	15 %
-BRYANT	:	9 %
-Jones	:	2,6 %

Comme nous le constatons, les statistiques sont variables d'un auteur à l'autre ; en effet, de nos jours, la dystocie dynamique n'est pas considérée comme une entité, mais comme une complication associée à d'autres troubles ; les retrécissements du bassin, les présentations vicieuses pour ne citer que les plus importantes peuvent se compliquer par des troubles de la contractilité utérine, le plus souvent en excès.

5°/- Maladies Gravidiques : elles constituent le dernier chapitre lié aux indications maternelles.

Elles groupent deux affections maternelles :

- l'hématome rétro-placentaire
- l'eclampsie

soit un taux de 4,4 %

a) L'H.R.P. : 2,8 %

La chirurgie ne concerne ici que peu d'indications entre autres : - l'hémorragie qui ne s'arrête pas
-"l'impotence fonctionnelle "persistante de l'utérus qui demeure incapable de poursuivre le travail.

On entrevoit la possibilité d'une chirurgie préventive.

En se hâtant, l'extraction par césarienne est quelquefois possible alors que l'enfant est encore vivant, encore que parfois en état de souffrance aigûe ou chronique.

La césarienne n'est pas, une opération toujours absolument anodine chez ce genre de malades : les risques d'anurie post-opératoire, d'afibrinémie aigûe, de complications thrombo-emboliques ne sont pas négligables.

b) Eclampsie : 2 cas (1,6 %)

Il s'agit dans ces 2 cas, de malades toxémiques n'ayant pas été suivies ; hospitalisées en période de crises convulsives subintrantes n'ayant pas cédé au traitement médical.

B) Les Indications Foetales :

1°)-Présentations dystociques : indication majeure à l'intervention césarienne (25,8 %)

Les autres statistiques se chiffrent ainsi :

-PLAN LADOUEC : 38,1 %
-HORTA (ALGER) : 16 %
-PEEL CHAMBERLAIN : 10 %
-SALZMANN : 3,4 %

Les différents pourcentages montrent qu'il existe de nettes variations entre les différents auteurs ; quant à nous, le chiffre de 25,8 % est nettement inférieur à celui de PLAN-LADOUEC, quoiqu'il soit quand même largement plus important que celui trouvé à la maternité d'Alger.

2°)- Incompatibilité Rhésus :

2 cas ont été déjà signalés

3 cas (Alger - 1971)

Sur les 2 cas signalés :

- 1 enfant a présenté un ictère franc le 1er jour de la naissance et est décédé au bout du 10ème jour malgré 2 exsanguinotransfusions.

- Le 2ème enfant est vivant, et s'est avéré du même groupe que la mère (Rh-Négatif)

C)- Les indications Ovulaires :

1°)- Procidence du cordon : c'est la chute du cordon au devant de la présentation ; cette chute est conditionnée par la mauvaise adaptation de la présentation au segment inférieur.

La conséquence physiopathologique de cette procidence du cordon est l'interruption ou la diminution de la circulation foeto-placentaire qui entraine l'anoxie.

Nous avons relevé 5 cas soit 3,6 % chiffre relativement élevé

WILSON	:	1,1 %
FINTZ	:	1,8 %
PEEL CHAMBERLAIN	:	4 %
PLAN LADOUEC	:	6,6 %

2°)- Placenta-préavia : ils représentent actuellement l'une des indications les plus fréquentes de la césarienne

-SEMMENS : 33 % des cas d'insertion basse

-HORTA : 5,5 %

-Nous avons relevé 19,8 %

Certains auteurs ont trouvé des chiffres trés élevés, tels que :

- GREEN : 81 %
- DUMONT : 79 %
- SMITH : 74 %
- KIMBOROUGH: 70 %

Ces chiffres soulignent amplement la fréquence de cette affection, d'intérêt vital pour la mère beaucoup moins spectaculaire pour le foetus qui est souvent un prématuré et un anémique.

La plus grande fréquence du placenta-préavia dans l'est du pays s'explique par la multiparité, par un passé gynéco-obstétrical souvent chargé (Avortements, curetages ...) et par la plus grande fréquence des délivrances artificielles lors d'accouchements antérieurs souvent difficultueux.

PRONOSTIC

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

I/- PRONOSTIC MATERNEL :

De la majorité des publications, il ressort que la mortalité maternelle est actuellement inférieure à 1 %

Ainsi :

-HARRIS et NESSIM :	0 %
-DILLON et Collaborateurs :	0 %
-BRYANT :	0,03 %
-DE COSTA :	0,02 %
-HORTA :	1,09 %

Pour notre part, nous n'avons pas noté de mortalité maternelle aussi bien dans les suites immédiates que lointaines dans cette statistique portant sur une durée limitée de onze mois.

Quant aux complications, outre plusieurs accidents infectieux sans lendemain, nous n'avons pas eu à constater non plus d'accidents vasculaires type thrombophlébite, embolie ou hémorragie secondaire.

Cependant, il nous semble utile de remarquer que la durée d'hospitalisation de nos gestantes est en moyenne de dix jours . Celles-ci sont revues normalement 1 mois aprés l'accouchement.

Le contrôle hystérographique post-opératoire n'a pu être pratiqué chez ces femmes césarisées et nous le regrettons.

Cette difficulté est due au fait que la quasi-totalité de nos malades ne consulte à nouveau que pour la grossesse suivante

II /- PRONOSTIC FOETAL :

-Il est certain que le pronostic foetal ne s'est pas amélioré de façon aussi spectaculaire que le pronostic maternel : toutes les statistiques le confirment.

-La mortalité périnatale va de 1,7 % à 11,4% dans les publications les plus recentes.

-En considérant seulement la mortalité néonatale corrigée, le pronostic foetal parait plus favorable :

-BALDWIN	:	1,6 %
-MULLER	:	1,5 %
-JOHNSTON	:	0,8 %
-BRYANT	:	0,4 %

Ainsi, deux notions peuvent se dégager :

1°)-La mortalité reste environ 2 fois plus élevée que dans l'accouchement naturel (celà revient à l'étiologie surtout et non à la technique)

2°)-La césarienne ne peut pas être considérée comme une intervention assurant toujours la survie de l'enfant.

Les facteurs qui retentissent sur le pronostic foetal sont :

a) La prématurité : elle constitue un facteur nettement aggravant du pronostic foetal.

Ainsi, 6 enfants prématurés sont décédés dans les heures ou jours qui suivent la césarienne ; leur poids varie entre 1000 grs et 1750 grs .

Pour Diddle, la prématurité est responsable de plus de la moitié de la mortalité.

Echarat et Gold opposent la mortalité de 1,5 % pour les enfants de plus de 3000 grs à celle de 51,5 % pour les enfants entre 1000 et 1500 grs.

b) La cause de la césarienne : le pronostic foetal est bon lorsque la césarienne est destinée à traiter une dystocie mécanique (ou dynamique) ; il est beaucoup moins favorable lorsque la césarienne devient une intervention de sauvetage (procidence du cordon ; placenta-préavia), ou lorsqu'une maladie maternelle menace l'enfant (toxémie).

Nous avons relevé pour notre part :

- 8 enfants décédés "in-utéro" ou à la naissance à la suite d'hémorragies par placenta-préavia.
- 2 morts-nés par procidence du cordon irréversible
- 3 morts "in-utéro" à la suite d'un hématome rétro-placentaire chez des femmes toxémiques.
- 8 morts-nés chez des parturientes venues consulter trop-tard (épaule négligée, présentations dystociques complexes,...).

Ainsi donc, le nombre total d'enfants décédés avant, pendant ou aprés césarienne se chiffre à 27, soit un pourcentage de 18,3 %, chiffre relativement important à nos yeux, en valeur absolue ; mortalité dûe surtout à la dystocie négligée à domicile, ou à la prématurité.

Le poids des enfants se répartit comme suit :

POIDS	NOMBRES D'ENFANTS
1000 - 1500grs	7
1500 - 2500grs	18
2500 - 3500grs	64
3500 - 4000grs	28
4000 - 4500grs	16
plus de 4500 grs	4

---==oO (C O N C L U S I O N Oo==--

&&*&*&*&*&*&*&*&*&*&*&*&*&*

Intervention trés anciennement connue exécutée lorsque la femme mourait d'épuisement pour extraire l'enfant, en l'espérant vivant, c'est seulement depuis la pratique systématique de la césarienne segmentaire, depuis l'avènement des antibiotiques et les progrés de l'anesthésie réanimation, que celle-ci est devenue une intervention vraiment bénigne et d'utilisation sans cesse plus courante.

Sa fréquence est de 2 à 6 % selon les statistiques des grands Centres Hospitaliers. Ce chiffre n'a rien d'abusif, les obstétriciens concients, n'apprécient plus "l'obstétrique acrobatique et instrumentale ", car, dans ces "exploits" il y a pratiquement toujours une victime, sinon deux :

-La victime la plus constante est l'enfant, car on redoute chez lui les effroyables séquelles psychomotrices du traumatisme obstétrical.

-L'autre victime est souvent la mère, car les séquelles fonctionnelles pelvi-périnéales ou utérines de ces interventions sont relativement fréquentes.

Le but de notre travail était essentiellement de faire une étude comparatrice avec un travail identique effectué à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger, et ceci nous a permis de constater :

-La fréquence globale moindre à Constantine qu'à Alger quoique la valeur statistique des deux études soit différente(827 interventions en 2 ans et demi à Alger pour 12000

.../...

.../...

accouchements environ, contre 160 à Constantine en 11 mois pour un total de 6.698 accouchements). Nous retrouvons cependant, à des degrés divers les mêmes indications. Nous relevons à Constantine, une égale fréquence de la césarienne tant chez la multipare que chez la grande multipare, alors qu'à Alger, cette intervention a intéressé surtout la grande multipare (54 % du total des interventions), les multipares ne constituent que les 20 %.

-Les indications les plus fréquemment rencontrées sont représentées par : les Présentations Dystociques (25,8 % à Constantine contre 14,9 % à Alger).

le Placenta-Preavia (19,8 % à Constantine contre 5,5 % à Alger).

les Disproportions Foeto-Pelviennes (12,6% contre 5,8 à Alger).

La dystocie dynamique par contre n'est retrouvée que dans 8 % des cas à Constantine contre 22,6 % à Alger.

Ces chiffres statistiquement significatifs à nos yeux tiennent au fait que la plupart de nos parturientes sont ignorantes de leur état et ne consultent que tardivement au stade de la dystocie avancée.

Si le pronostic maternel reste malgrés tout relativement bon (aucun décés maternel n'est signalé dans notre étude), celui du foetus s'avère trés sombre :

27 enfants sont : soit morts in utéro, soit décédés à la naissance ou quelques heures aprés la naissance ; soit un taux de 18,3 % contre 3,9 % à Alger. Cette forte mentalité

.../...

.../...

s'explique d'une part par la prématurité de ces enfants, et d'autre part par le fait que la plupart de nos patientes ne viennent consulter qu'au stade ultime de la dystocie créée à domicile le plus souvent.

Il convient à cet effet de souligner qu'un traitement préventif doit être institué. Il s'adressera en premier lieu à l'éducation sanitaire des femmes enceintes dans les villes et dans les campagnes. Cette prophylaxie sera basée essentiellement sur la multiplication des visites prénatales qui doivent être obligatoires et gratuites, étant données les conditions socio-économiques de la plupart de nos malades.

Au cours de ces consultations, des conseils hygiénodiététiques au cours de la grossesse éviteront la survenue d'accidents dont la gravité est indiscutable: la Toxémie Gravidique, le Diabéte, l'Incompatibilité Rh, seront dépistés à temps ; de même, l'éradication du rachitisme serait aussi possible, par l'institution de consultations de pédiatrie, elles aussi gratuites ; en effet, les bassins rétrécis ne sont souvent que la conséquence d'un rachitisme qui aurait pu être évité dés l'enfance, d'où la nécessité de multiplier les centres de P.M.I., et un encadrement obstétrical suffisant et compétent.

Ainsi, grâce à la surveillance prénatale et, en augmentant la fréquence des consultations effectuées dans des centres obstétricaux convenablement équipés en personnel médical et para-médical, il deviendrait possible de dépister les grossesses pathologiques à "risque élevé" pour la mère autant que pour l'enfant.

Le receuil complet et l'enregistrement en dossiers ou fiches médicales des informations propres à chaque parturiente permettront alors une appréciation valable du risque obstétrical.

Il est plus fréquent de regretter la non exécution d'une césarienne en temps voulu, que d'en avoir porté une indication pouvant paraître abusive.

-----oOo-----

---==oO( ) I B L I O G R A P H I E)Oo==---

1)-BANDET J.H. COLON J.P. et LE LORIER G. 5102 :

T.C. L'opération césarienne segmentaire abdominale Presse Médicale - 25 Décembre 1969. 77. N°55. 2097. 2102

2)-BAUDON J. CHIAPPONI P.L. et BRUHAT M. :

Réflexions sur les indications de la technique de césariennes

(684 interventions en 10 ans). Revue Française de gynéco-obst. 1969 - 64 - N° 11, 573 - 583

3)-BIANCARDINI :

L'ostéomalacie puerpurale.

4)-BRINS - WANGER G. :

Indications et fréquence de la césarienne dans un hôpital régional - Praxis 11 Août 1970, 59 , N°32 - 1154 - 1157

(Résumé Français)

5)-BULSKI T. :

Evolution of indications for césarean section gynécologie-Polska - 37 - 371 - 9 April 1966.

6)- Césariennes "Rapides" sur la table de travail (en cas d'asphyxie du nouveau né)

Zbl. Gynäk - 26 Juin 1971.

7)-CHALNOT - GRODIDIER et COLETTE :
Accidents consécutifs à l'utilisation de fils non résorbables pour la suture du myomètre au cours des césariennes
Bull.Soc.Gyné.Obstét. France 1957.

8)-CHELLI : Accouchements chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciel - Thése de médecine -Paris 1962.

9)-COURBIL L.J. de LEYMANI : 5102
La césarienne corporéale - Intervention nécessitée en poste sous équipé. Méd. Trop^le^. Mars-Avril 1970-30-N°2-202-281

10)-COUVELAIRE : Considérations sur la technique de l'opération césarienne pratiquée à l'ancienne mode - Ann.de Gyné.1909

11)-DEVILLERS : Étude comparée des rupturs de cicatrices de césariennes segmentaires longitudinales et transversales.
Thése médec. Paris 1964.

12)-DIA : Le pronostic des césariennes segmentaires. Leur avenir obstétrical - comparaison entre la césarienne transv. et la césar. verticale.
Thése méd. Bordeaux 1966.

13)-Intérêt de la myomectomie pendant la grossesse ou associée à la césarienne pratiquée à terme.
Thése Paris 1961.

14)-ELES H. ROBERT G. : Décollement total du placenta à symptomatologie maternelle camoufflée. Césarienne de sauvetage pour le foetus.
Bull. Soc. de Gyn. Obstét. Française Janvier - Mars 1969.

15)-GAUDIN M. et Collaborateurs : La césarienne abdominale à Madagascar - à propos de 773 observations. Med.Trop. Juillet Août 1969 - 29 - n° 4 - 512 - 516.

16)- GHEORGHTU , SAVA , CHITU , MOKRANU , VIRTE : Considérations sur la conduite de l'accouchement pour les femmes ayant subi antérieurement des opérations césariennes. gynéco.et obst. Tome 68 - Avril -Mai 1969.

17)- GÖTZ F. UND. OWERX : Ergbnisse der wiederholten sectio coesara bei afrikane unen .
Zentrablatt für gynakologie 81 - 91 Juanar 1967.

18)-HAMMOUDA, MECCA : Cesarean section in the young gravida.
A ten years analysis. American Journal of obstétrics and gynécology. volume 100 Januaray 1968.

19)- HUNTER JONE : Trends in the indidence of an indications for cesarean section at CHARLOTTE - MEMORIAL - Hospital during the last 10 years. American Journal of obstétrics and gynécology - Octobre 1963.

20)- HERTMANN J. - BRUNNEL G. - LANDS P. et SEMELET J. :
3 cas d'H.R.P. sur cicatrices de césariennes.
Bull. Med. Soc. Gynéco. Obst. Sept.-Oct. 1967.

21)-JAMAIN B. et LETESSIER A. : Le problème de la ligature des trompes au cours de césariennes. Revue de gynéco. Obst. Tome 14 - N° 3 - 1962

22)-LACOME Lewin : L'accouchement naturel et la césarienne chez la femme antérieurement césarisée. Gyn. Obst. Paris 1962.

23)-LAWLER P.E. Junior : 5102
La césarienne : Indications et techniques
Med. clin. North. American - Janvier 1961 - 73 -n°1-185-188

24)-LE CANNELIER. BOURGOIN. BRETON. BALLON : Contribution à l'étude de l'opération césarienne chez l'agricaine. Bull.Soc. Med. d'Af.Noire de langue Franç. Vol 7. 1er trimestre 1962.

25)-LE CANNELIER R. : Notes sur l'intérêt de l'H.S.G. pour contrôler la qualité de la cicatrice de la césarienne. Bull. Méd. Soc. Gyn. Obst. 1969.

26)-LEWIN D. : Les indications de l'opération césarienne en cas d'H.R.P. Méd. Pratic. Novembre 1968.

27)-MENIASZE : 5102. Problèmes de la fermeture de la plaie de l'utérus dans la césarienne segmentaire transverse.
Zbl. Gyn. 20 Janvier 1968 n° 3 - 90 - 95 - 97.

28)-MILFORT et BINTZ : Les indications actuelles de la césarienne
Strasbourg Médical Juin 1963.

29)- NEME B. : Césariennes dans le décollement prématuré du placenta.
Zbl. Gynécologye 21 Décembre 1968.

30-NINI et T. ESSOUAD : a propos de 190 césariennes.
Revue médicale du moyen orient 21 ; 326 - 9. Mai-Juin 1964.

31)-OUAHMED AMEZIANE : l'H.R.P. analyse de 332 cas.

32)-OUKACI MERIAMA : étude statistique-analytique-comparative et critique concernant l'activité de la salle de travail de la maternité d'Alger. Thése 15 Mai 1968.

33)-PEEL et COL.: cesarian section - 1949-1964. Journal of obstétrics and gynécology. British. Comenwealth. Décember 1968 1282-1286.

34)- PLAN LADOUEC - MESTRE - FLORETTE : La césarienne abdominale au Laos. A propos de 107 observations. Méd.Tropicale 25-757 à 761. Novembre - Décembre 1965.

35)-PLASSE - GOTRAUD - BLANC : Césariennes et myomectomie Bull. de la fédération des SOC. de gynécologie obst. de langue française. Janvier - Mars 1968.

36)- ROUCHY et GROSSILNE : Opération césarienne et présentation du siège. Revue de gynécologie et obst. Nov.-Déc. 1966.

37)- REYMOND G.C. : La césarienne corporéale avec suture en un plan de l'utérus-C.R. Soc.Françaises de gynéco. Juin - Oct. 1966 ; 36 - nº 6 - 757 à 762.

38)- RICHON et SIMONIN : Considérations et étude critique de 671 césariennes pratiquées de 1944 à 1960. Revue française de gynéco. et d'obst. Février 1961 - 56 - nº 2.

39)- SOUSA - HORTA : L'opération césarienne chez la femme Algérienne - Thése 1971 - Alger.-

40)- WANIORE K. : Cicatrices utérines aprés césarienne. Evaluation de la section opératoire et l'avenir obstétrical des femmes césarisées. Pzwl. Wazawa 1971.

41)- ZERVOUDAKIS - CORCONDICAS E. et COUNOUPAKIS A.: 5102

Etude statistique de 312 césariennes basses transversales.

Gynécol. Prat. 1970. 21- n° 7 - 307. 311.-